



CONSULTATION FORM

نموذج الاستشارة



Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form.

عزيزي الطبيب ، لوصفك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME : KHURRAM SHAHZAD MUBASHAR AHMAD
 اسم المريض
 DATE OF BIRTH : 20-Apr-1990
 تاريخ الميلاد
 CARD NBR : 1EIE-G1CC-DCDR-EDEA
 رقم البطاقة
 GENDER : Male
 الجنس
 PAYER : NAS VN
 شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY
 نوع الحالة حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, J01.90 - Acute sinusitis, unspecified, R05 - Cough, R51.9 - Headache, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, E55.9 - Vitamin D deficiency, unspecified, R06.2 - Wheezing

التشخيص

AETIOLOGY : Enter Aetiology

لمسببات المرضية

(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS :

Complaint

العراض المرضية

C/O BODYACHE, COUGH, FEVER SINCE 2 DAYS

ON EXAMINATION PT HAS HYPREMIC THROAT AND CHEST CONGESTION

MISCELLANEOUS BODYACHES AND FEELING OF TIREDNESS SINCE LAST 2 MONTHS

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
2190-106618-1002	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
82947	Glucose Quantitative Blood Xcpt Reagent Strip	Lab
82306	25 Hydroxy Includes Fractions If Performed	Lab
85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab

REMARKS :

Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN	:	Sajid Sanaullah	
الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC	:	Irham Medical Center Arjan	
المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up	CONSULTATION FEES :
نوع الاستشارة		جديد المتابعة رسوم الاستشارة	Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب




DATE: 07/02/2024

التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies of medical records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to myself or any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

أنا الموقع أدناه ، أفوض أية جهة طبية أو طبيب أو شركة تأمين بتزويد شركة ناس بأي معلومات من الملف الطبي بشأن العلاج الحالي أو السابق لي أو للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. اية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

